

## PREVENTIE VAN RECIDIVERENDE URINEWEGINFECTIES BIJ HET KIND

Volgens de herziene aanbevelingen van NICE is een profylactische antibioticabehandeling ter preventie van recidiverende urineweginfecties bij het kind niet meer systematisch aanbevolen. Daarbij voegen zich de resultaten van een recente observationele studie: deze suggereren dat een dergelijke profylactische behandeling niet altijd doeltreffend is in het voorkómen van recidieven, zelfs bij aanwezigheid van vesico-ureterale reflux, en geassocieerd is aan een verhoogd risico van bacteriële resistentie. De beste manier om de morbiditeit geassocieerd aan urineweginfecties te voorkomen, is een vlugge diagnosestelling en vlugge behandeling van elke episode van urineweginfectie.

Het rationele gebruik van antibiotica bij urineweginfecties werd reeds besproken in de Folia van juni 2005, januari 2006, juli 2006 en juli 2007. Er werd vermeld dat men bij optreden van een urineweginfectie bij het kind moet denken aan de mogelijkheid van een afwijking van de urinewegen, vooral bij jongens, bij meisjes jonger dan 5 jaar, en bij meisjes vóór de puberteit met recidiverende urineweginfecties. Bij het vaststellen van een afwijking, bv. vesico-ureterale reflux, wordt dikwijls een profylactische antibioticabehandeling voorgeschreven om het risico van recidieven en nieraantasting te verminderen. De gegevens waarop dit gesteund is, zijn echter beperkt. Recent verschenen de herziene aanbevelingen van de *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) in verband met de aanpak van urineweginfecties bij het kind (via <http://guidance.nice.org.uk/CG054>). De aanbevelingen in verband met profylactische antibioticabehandeling zijn de volgende.

- Na een eerste episode van urineweginfectie dient niet systematisch een profylactische antibioticumbehandeling te worden gestart.
- Een profylactische antibioticabehandeling kan echter overwogen worden in

geval van recidiverende urineweginfecties, gedefinieerd volgens NICE als minstens 3 episodes van infectie van de lagere urinewegen, of minstens 2 episodes van urineweginfectie waaronder minstens één episode van infectie van de hogere urinewegen.

- Asymptomatische bacteriurie dient niet behandeld te worden.

De auteurs besluiten dat de beste manier om morbiditeit geassocieerd aan urineweginfecties te voorkomen, bestaat uit een vlugge diagnosestelling en een vlugge behandeling van elke episode van urineweginfectie [*Brit Med J* 2007;335:395-7 met editoriaal 356-7].

In verband met vesico-ureterale reflux blijkt uit een grootschalige cohortstudie bij kinderen (74.974 kinderen jonger dan 7 jaar) dat het risico van recidiverende urineweginfecties niet verhoogd is bij lichte tot matige vesico-ureterale reflux (graad 1 à 3), maar dat dit risico wel verhoogd is bij ernstiger reflux (graad 4 à 5) [*JAMA* 2007;298:179-86]. De resultaten van deze studie suggereren ook dat profylactische antibioticabehandeling niet altijd doeltreffend lijkt in het verminderen van het aantal recidieven, zelfs bij kinderen met reflux

graad 4 à 5, en geassocieerd is aan een verhoogd risico van resistentie. De resultaten over de doeltreffendheid van profylactische antibioticumbehandeling bij kinderen met reflux graad 4 à 5, dienen echter voorzichtig te worden geïnterpreteerd gezien het zeer laag aantal kinderen dat in deze groep opgenomen was.

Naast de medicamenteuze profylaxis, werd bij volwassen vrouwen met antecedenten van urineweginfectie aangetoond dat dagelijks gebruik van veenbessen (in sap of onder vorm van capsules) het aantal recidieven van urineweginfecties vermindert [*La Revue Prescrire* 2007;27:595-7]. De gegevens bij het kind zijn echter zeer beperkt.

---

## OSTEOPOROSE DOOR CORTICOSTEROÏDEN

In de Folia van juli 2007 werd aandacht besteed aan de behandeling van postmenopauzale osteoporose. Dit artikelje gaat over osteoporose door corticosteroïden.

Chronische behandeling met corticosteroïden leidt tot een daling van de botmineraaldichtheid (BMD), met optreden van osteoporose en risico van fracturen (vooral ter hoogte van wervels en heupen). De snelheid van botverlies is het grootst in de eerste 6 maanden van de behandeling. Men neemt aan dat het risico dosisafhankelijk is, en dat substantieel botverlies kan optreden vanaf een dagdosis van 7,5 mg (volgens sommigen 5 mg) prednisolon per os of een equivalent ervan. Met toediening van het corticosteroïd om de 2 dagen is er wel minder remming van de hypothalamushypofyse-bijnieras, maar geen vermindering van het botverlies. Botverlies en fracturen zijn beschreven bij toediening van corticosteroïden langs gelijk welke weg, bv. ook bij langdurige toediening via inhalatie van hoge doses. Na stoppen van het corticosteroïd wordt enig herstel van de botmassa gezien, en men neemt aan dat een jaar na staken van de behandeling het extra risico van fracturen is verdwenen.

Bij patiënten die systemisch corticosteroïden krijgen, worden ter profylaxis calcium- en vitamine D-supplementen aanbevolen (klassiek per dag 0,5 à 1 g elementair calcium en 800 IE vitamine D, of zelfs meer). Met de bisfosfonaten alendronaat en risedronaat is een gunstig effect op de BMD aangetoond; gegevens over fractuurrisico zijn schaarser maar wijzen op een gunstig effect. Voor alendronaat (Fosamax® compr. dagelijks) en risedronaat (Actonel® compr. dagelijks) wordt corticosteroïd-geïnduceerde osteoporose als indicatie vermeld in de bijsluiter [enkel bij vrouwen voor Actonel®, bij mannen en vrouwen voor Fosamax®; situatie op 1 januari 2008; voor terugbetalingscategorieën en terugbetalingsvoorwaarden, zie onze website]. Voor de andere bisfosfonaten en voor de andere geneesmiddelen gebruikt bij postmenopauzale osteoporose, zijn er geen gegevens over de effecten bij corticosteroïd-geïnduceerde osteoporose.

### Nota

De referenties bij dit artikel zijn te vinden op onze website.